UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 24

ESSAIS THERAPEUTIQUES ACTUELS DANS LES ENDOMETRIOMES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Mars 1947

PAR

Georges GAFFIER

MEMBRES DU JURY... MM. BOULARAN, *Président.*
MOREL,
VIRENQUE, } *Assesseurs.*
GRIMOUD,
GÉRAUD, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1947

ESSAIS THERAPEUTIQUES ACTUELS DANS LES ENDOMETRIOMES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE, VALLOIS
Anatomie	CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	MONNIER (P.)
Médecine légale et déontologie	PLANQUES
Histologie et embryologie	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BROUSSY, BIMES, ch. des t.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Chimie Médicale	VALDIGUIE.
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Physique Médicale	MARQUES.
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail.	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 N° 24

ESSAIS THERAPEUTIQUES ACTUELS DANS LES ENDOMETRIOMES

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Mars 1947

PAR

Georges GAFFIER

MEMBRES DU JURY.... MM. BOULARAN, *Président.*
MOREL, VIRENQUE, GRIMOUD, *Assesseurs.*
GÉRAUD, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, Rue Romiguières, 2

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma grande reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR
ET A MON BEAU-FRERE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu accepter de présider notre thèse.

Respectueux témoignage de reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie Interne à la Faculté.

En témoignage de reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Nous lui exprimons notre gratitude, non seulement pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et nous avoir dirigé dans son élaboration, mais aussi pour la récente intervention chirurgicale brillante pour un membre de notre famille qui nous est très cher.

Nous ne l'oublierons jamais et l'en remercions encore.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé à la Faculté.

Nous lui sommes reconnaissants des observations qu'il nous a permis de publier.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

En témoignage de reconnaissance.

Introduction

Rarement connue avant l'étape des examens histologiques systématiques, rarement diagnostiquée avant que de nombreux mémoires aient attiré l'attention sur sa fréquence, l'endométriose, maladie locorégionale caractérisée par la présence d'une ou plusieurs tumeurs : les endométriomes, a été jusqu'à ces dernières années traitée par l'exérèse simple de la tumeur constatée cliniquement.

Cependant, l'évolution s'est faite lentement dans les idées : on est passé du stade « Endométriome, tumeur isolée et génitale » au stade « Endométriome, tumeur isolée et extra-génitale », puis, au stade « Endométriomes, tumeurs multiples de siège différent génital ou extra-génital ». Un lien existe seulement entre les différentes localisations qu'elles soient tumorales et donc cliniquement apparentes ou qu'elles soient simplement histologiques sans manifestations cliniques. Ce lien est à la fois histologique et physiopathologique.

Il s'agit comme on a pu l'écrire d'un « utérus en miniature ».

C'est la constatation clinique d'une tumeur sui-

vant dans ses manifestations le cycle génital qui affirmera le diagnostic clinique. L'endométriome subit, comme l'utérus, les conséquences de la variation des sécrétions hormonales et la muqueuse de la tumeur passe par les mêmes stades que la muqueuse utérine.

C'est la constatation à la coupe d'un aspect histologique rappelant très exactement celui de la muqueuse utérine qui fait l'unité histologique. La présence de glandes tubulaires ou de cavités isolées bordées par un épithélium cylindrique, reposant sur un chorion cytogène avec stroma vasculaire affirmera donc le diagnostic de laboratoire.

Dans l'état actuel des connaissances sur cette affection qui reste curieuse par bien des points, son origine expliquée par trop de théories n'étant pas encore nettement établie, il peut paraître vain et sans intérêt de chercher à apporter une pierre quelconque à l'édifice constitué par les multiples travaux parus. Nous ne nous le dissimulons pas. Nous voudrions simplement, comme nous l'a proposé notre Maître, M. le Professeur VIRENQUE, à propos de quelques observations récentes, chercher à préciser les indications thérapeutiques qu'il convient de poser en présence de cette affection. Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur VIRENQUE et M. le Professeur GRIMOUD qui ont bien voulu nous autoriser à publier ici leurs observations personnelles auxquelles se sont jointes celles du Centre Anticancéreux de Toulouse.

Nous espérons simplement attirer un peu plus encore l'attention vers une affection qui semble être

plus fréquemment rencontrée depuis qu'on sait mieux la connaître.

Notre étude du traitement sera largement inspirée par les travaux récents et en particulier par les rapports de Brocq et Varangot d'une part, de Delannoy d'autre part au Congrès de chirurgie de 1939, travaux qui ont été repris au cours du Congrès de gynécologie de 1946.

Il faut tenir compte dans ce problème de deux facteurs essentiels :

L'endométriome constaté et diagnostiqué n'est pas forcément isolé, n'est pas forcément extirpable chirurgicalement.

L'endométriome ne saurait se voir que dans la période d'activité génitale de la femme. On ne saurait donc concevoir de traitement vraiment radical que dans la suppression du cycle génital par des moyens médicaux, chirurgicaux ou radiologiques.

Ces deux données dominent le traitement qui devra tenir compte :

1° De l'âge de la malade et de la nécessité fonctionnelle de maintenir le pouvoir génétique de la femme jeune d'une part;

2° De la connaissance de la multiplicité possible des localisations et des difficultés plus ou moins grandes d'exérèse d'autre part.

Nous envisagerons successivement au cours de cette étude :

1° Et d'une manière très rapide,

Les diverses données qui permettront de reconnaître l'endométriome;

Les différentes théories pathogéniques envisagées qui peuvent retentir sur les indications à poser;

2° Les moyens qui peuvent être mis à notre service dans la thérapeutique;

3° Les indications mêmes qu'il convient de poser, en tenant compte :

De l'âge de la malade,

Du siège de l'endométriome.

CHAPITRE PREMIER

A) Les données cliniques

Affection de l'âge adulte, de la période d'activité génitale, l'endométriome est rare avant 30 ans. 30 % des cas s'observent entre 30 et 40 ans; 50 % entre 40 et 50 ans. Constaté après la ménopause, il peut être considéré comme le reliquat quiescent d'une affection de l'âge adulte méconnue ou atténuée.

Notons que l'endométriose peut être, suivant les auteurs considérée comme rare ou très fréquente, ce paradoxe tenant à la pratique systématique ou non des examens histologiques. Il semble que plus l'endométriome est connu et recherché, plus fréquemment on peut le reconnaître. A côté des formes d'aspect clinique net et qui sont relativement rares existe une multitude de formes cliniquement inapparentes mais histologiquement reconnaissables.

Un autre renseignement étiologique a sa valeur mais dans certaines formes seulement. Il s'agit d'une intervention gynécologique antérieurement pratiquée. S'agit-il d'un ensemencement, comme on pourrait le penser dans les endométriomes sur cica-

trices de césarienne, par exemple, ou de survivance d'un processus pathologique mal étiqueté ? question difficile et qui dépasse notablement le cadre que nous nous sommes assigné.

Au point de vue purement clinique, l'endométriome évolue fréquemment dans un ensemble que Marcel Roux et Doubrow appelent le « climat » de l'endométriose, notant ainsi la fréquence de l'association existant avec une autre affection gynécologique : fibrome et rétroversion utérine notamment et surtout grossesse extra-utérine.

En dehors de ces associations fréquentes où l'endométriome est peu apparent cliniquement et ne sera souvent qu'une découverte de l'examen histologique, l'endométriome a un extrême polymorphisme clinique suivant l'unicité ou la multiplicité de la localisation, suivant surtout le siège de cette localisation.

Il n'en reste pas moins qu'un signe est commun et constant : c'est la variabilité de la tumeur suivant les étapes du cycle génital. La tumeur dont on recherche l'origine augmente-t-elle de volume au moment de la menstruation ? les signes fonctionnels aumentent-ils au même moment si la tumeur n'est pas perceptible ? Ce sont là les signes essentiels qui permettront de penser à l'endométriome et quelquefois même de l'affirmer.

Tous les autres signes sont contingents; ils varient à l'extrême suivant le siège. Ils n'en doivent cependant par pour cela être méconnus; ils peuvent, par leur existence, orienter le diagnostic de siège et nous verrons toute l'importance de cette donnée pour les indications à poser. Nous diviserons pour leur étude

rapide leurs localisations en endométriomes génitaux et endométriomes extra-génitaux.

Les endométriomes génitaux peuvent évoluer absolument sans aucun symptôme. Ils peuvent, à l'opposé, en imposer par leurs signes bruyants pour un syndrome abdominal aigu, grossesse extra-utérine par exemple. Entre ces extrêmes, ils se traduisent généralement par quelques symptômes fonctionnels.

Ce sera une dysménorrhée. Au moment des règles, des douleurs apparaissent; elles se voient surtout pendant les derniers jours des règles, elles se poursuivent quelques jours après. Elles s'accompagnent d'irradiations douloureuses très variables : douleurs lombaires, douleurs abdominales imprécises, troubles rectaux ou vésicaux, dyspareunie...

L'examen physique dans ces localisations génitales donne évidemment des résultats très variables :

L'endométriose uniquement localisée à l'utérus peut revêtir trois formes :

Une forme à type fibrome utérin. Les signes de fibrome peuvent masquer en partie ceux de l'endométriome ou du moins induire en erreur le praticien qui ne pense pas assez souvent à la fréquence d'une telle association. D'après Gosset, Bertrand et Chevallier, dans 60 % des cas, le fibrome s'associe à l'endométriome.

Une forme à type rétroversion utérine, forme la plus fréquente avec, dans la région isthmique, des noyaux durs à contours imprécis ou une infiltration diffuse pseudo-néoplasique ou nodulaire de la cloison recto-vaginale ou d'un ligament utéro-sacré.

Une forme avec un noyau endométrial de la face postérieure de l'isthme.

L'endométriose génitale extra-utérine peut revêtir différentes formes : le type simulant la salpingite, le kyste de l'ovaire; elle peut aussi être diffuse sans signes précis de localisation.

Outre les formes chroniques, aigues ou latentes, l'endométriose génitale n'est pas à l'abri des accidents de torsion, de rupture, d'infection, de tuberculisation ou de cancérisation, ce qui accroît la difficulté de son diagnostic. Enfin, rappelons, pour être complet, que l'endométriose est un terrain favorable pour la grossesse extra-utérine. Survenant chez une femme ayant déjà eu une grossesse normale, l'examen microscopique de la trompe ne montre rien. Si la grossesse extra-utérine n'est pas la première ou si elle survient chez une primigeste, on décèle en général des lésions endométriales. Enfin, dans le cas d'association d'endométriose et d'une grossesse normale, l'accoucheur doit songer à la possibilité de rupture utérine ou endométriale, d'inertie utérine, d'hémorragie de la délivrance; l'endométriome de la cloison recto-vaginale peut parfois jouer le rôle de tumeur prœvia.

Les endométriomes extra-génitaux sont encore plus variés dans leurs manifestations cliniques :

1° Les uns peuvent, à bon droit, être dits paragénitaux; ce sont peut-être ceux qui sont, sinon les plus fréquents, du moins les plus couramment constatés : endométriomes des ligaments de l'utérus : ligaments utéro-sacrés et surtout ligaments ronds.

Ces derniers se présentent avec, pour seul signe, une tumeur ferme, adhérente aux parois du canal inguinal et souvent au pubis. Cette tumeur augmente de volume, au moment des règles, et devient alors douloureuse et tendue.

Les endométriomes des cicatrices abdominales se voient assez rarement après hystérectomie, beaucoup plus souvent après césarienne. Ce sont alors des tumeurs de plus petit volume mais qui peuvent parfois par leurs adhérences aux plans superficiels prendre un caractère bien particulier au moment de la menstruation. Dans une des observations que nous rapportons plus loin, la tumeur très réduite prenait alors nettement des caractères de tumeur sanguine.

L'endométriome de la cloison recto-vaginale permet de déceler par le toucher vaginal un nodule rétro-cervical infiltrant la cloison de haut en bas; le toucher rectal en apprécie les limites et l'absence d'adhérences à la paroi rectale. Plus tard, l'évolution se fait vers le cul de sac postérieur du vagin et de là les lésions envahissent les organes voisins : paramètre, uretères, ligaments larges, ovaires, etc...

2° Les autres endométriomes extra-génitaux ont des sièges divers et lointains. La plupart de leurs signes seront empruntés aux relations anatomiques qu'ils contractent :

Endométriome de l'estomac, de l'appendice, du péritoine et l'endométriome du colon qui peut être à l'origine de phénomènes occlusifs. Ces formes rares sont constamment méconnues cliniquement et ne sont que des découvertes de l'examen histologique.

Ces renseignements cliniques sont à la base du problème thérapeutique; ils permettent à la fois d'affirmer la présence de l'endométriome et son siège.

Les données pathogéniques sans avoir la même importance n'en ont pas moins dirigé le mouvement des idées thérapeutiques. Nous les passerons en revue très rapidement.

B) Les données pathogéniques

Parmi les différentes explications proposées, un premier groupe fait dériver l'endométriome d'une évolution anormale de débris embryonnaires — soit qu'on l'attribue comme le faisait RECKLINGAUSEN au développement anormal de vestiges wolfiens — soit comme le faisait KOSSMANN au développement anormal des vestiges du canal de Muller — soit, enfin, comme le faisait BAZY à des utérus accessoires.

Ces différentes théories ne semblent pas pouvoir expliquer la sensibilité hormonale de la tumeur ainsi constituée ni la fréquence relative de son siège extra-génital.

La théorie métaplasique fait intervenir une différenciation tardive vers une structure endométriale. Pour MEYER, une telle transformation aurait une origine inflammatoire. Les différents examens microscopiques, en désaccord avec ce point de vue, ont montré que la présence d'inflammation, dans les localisations tubaires en particulier, signait une endosalpingiose et non une endométriose. LAUCHE, NOVAH, OBERLING, de SNOO font intervenir un hyperfonctionnement ovarien et surtout des excitations d'ordre sexuel et essentiellement psychiques. Partant de cette théorie, de SNOO principalement, se fait le défenseur d'un traitement psychothérapique.

Enfin, pour de nombreux auteurs, l'endomètre est la source de l'endométriome. Signalons la théorie de CULLEN ou processus du diverticule, celle de SAMPSON ou processus de greffe directe en semis, et la théorie métastatique de HALBAN.

Tout ou partie de ces trois théories doit être aujourd'hui accepté. L'endométriose utérine est logiquement expliquée par la théorie de CULLEN. La théorie de la greffe, séduisante et comptant de nombreux partisans est diversement interprétée. Cette greffe est-elle transportée par le sang menstruel s'évacuant du pavillon tubaire dans la cavité péritonéale ? Si oui, quelle est la vitalité de ces fragments d'endomètre véhiculés, si l'on admet l'existence de ce reflux sanguin ? PHILIT et HUBER ont signalé la fréquence de l'endométriose de la portion interstitielle de la trompe et ont prouvé la continuité entre l'endométriose tubaire et l'endomètre lui-même. Enfin, rappelons la théorie métastatique à distance, en général par voie veineuse, de HALBAN.

L'avantage de cette théorie métastatique est de faire jouer le rôle principal à un tissu adulte, d'existence indiscutable et d'une vitalité exceptionnelle prouvée par sa rapide dégénérescence.

Si la théorie de la greffe nous laisse déjà envisager la possibilité de récidive au cours d'intervention chirurgicale et surtout gynécologique, la notion de continuité de PHILIP et HUBER peut nous expliquer la fréquence de la stérilité, de la grossesse extra-utérine ou d'une hémorragie tubaire, chez une malade atteinte d'endométriome.

CHAPITRE II

Les moyens thérapeutiques

Nous envisagerons successivement les trois grandes possibilités de traitement qui s'offrent à nous:

A. Traitement médical.

Il peut viser à être curatif et sera alors un traitement hormonal; il peut simplement être palliatif.

Le traitement palliatif n'a que peu d'intérêt. Ni le repos, ni les cures hydro-minérales ne semblent devoir amener autre chose qu'une sédation momentanée des signes surajoutés; il en est de même des divers antalgiques.

Le traitement curatif cherche à être un traitement radical Moulonguet qui en est le promoteur utilise le propionate de testostérone. Il faut noter que ce traitement utilise des doses élevées : 250 à 500 milligrammes par mois, et qu'il doit être continu. A ces conditions il est susceptible de fournir d'excellents résultats.

Il présente le double inconvénient de son caractère continu et onéreux ; c'est pourquoi il est peu utilisé. Certains auteurs, comme HIRST, le réservent aux cas étendus, inopérables et nous verrons plus loin qu'il semble dans ce cas devoir céder la place à la radiothérapie. D'autres, comme MILLER, l'utilisent comme traitement pré-opératoire. Quant à MOULONGUET lui-même, il insiste davantage sur l'intérêt de la méthode comme thérapeutique d'épreuve dans les cas de diagnostic difficile et où il est permis d'attendre, que sur son intérêt pour le traitement radical de l'endométriose.

B. TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il semble plus logique. Il peut revêtir trois types différents : palliatif, curatif local et curatif radical.

a) Le traitement palliatif vise à supprimer les manifestations douloureuses, sans atteindre l'endométriose elle-même. Il utilise l'opération de COTTE sur le sympathique pelvien. Mais ce traitement semble illogique par deux points : il ne s'adresse en rien au processus lui-même et il ne détruit pas toutes les voies de la douleur pelvienne.

b) Le traitement curatif local vise à supprimer la tumeur apparente sans tenir compte de la fréquence des localisations multiples et inapparentes fréquentes. Il présente pour ses défenseurs, parmi lesquels il faut citer COTTE, BROCQ, ALBRECHT, BINET, et WHARTON parmi bien d'autres, l'intérêt de res-

pecter l'avenir génital de la malade et son avenir génétique. Il présente, en outre, pour ces auteurs, l'intérêt de ne pas donner de récidives *in loco*, si l'extirpation est suffisamment large, c'est-à-dire totale.

Ses détracteurs, par contre, semblent plus nombreux, Van Smith, Dougal, Frankl, Okinezyc, dans leurs nombreuses statistiques, insistent sur le fait que l'endométriome n'est jamais nettement limité, jamais encapsulé. Il en résulte fréquemment de grosses difficultés d'exérèse et souvent une insuffisance de l'ablation favorisant les récidives locales et peut-être à distance, malgré le caractère de bénignité de l'endométriome.

D'autre part, le traitement local ne s'adresse qu'aux tumeurs cliniquement isolées et l'on sait avec quelle fréquence l'endométriome n'est pas un mais multiple dans ses localisations.

Quoiqu'il en soit, ce traitement local a été et reste très employé. Il semble cependant qu'il ne doive en aucun cas s'étendre à des interventions très larges graves ou mutilantes. Il faut noter qu'il perd tout intérêt s'il supprime, par l'exérèse locale, la fonction ovarienne puisque sa seule raison d'être en est la conservation.

Le traitement chirurgical local doit alors laisser place au traitement chirurgical radical.

c) Le traitement chirurgical général et radical se base sur les données physiopathologiques. L'endométriome évoluant uniquement pendant la période d'activité génitale de la femme et suivant régulière-

ment le cycle génital hormonal, il paraît logique d'enrayer son évolution par la castration chirurgicale comme le traitement médical cherche à le faire par l'hormone mâle.

En fait, les partisans du traitement chirurgical local, reconnaissant certes les avantages de ce traitement vraiment radical lui opposent : 1° L'opposition fréquente des malades, sujets jeunes qui se refusent souvent à ces interventions définitives; 2° Une certaine disproportion entre un traitement peut-être par trop radical privant des malades jeunes de leur fonctionnement génital normal et de leur pouvoir génétique et une affection qui reste bénigne par nature qui est d'évolution lente, purement locale, et qui ne saurait entraîner la mort que d'une façon tout à fait exceptionnelle par ses complications de voisinage : atteinte des uretères, par exemple.

C. Le traitement par les agents physiques.

Le traitement par les agents physiques vise lui aussi à être radical et à supprimer le cycle génital. Moulonguet cependant a cherché par un traitement moins intensif à faire une « castration temporaire » qui aurait de bons résultats.

La curiethérapie préconisée par Guillemin et Wallon ne semble pas avoir eu un grand succès.

La radiothérapie pénétrante à doses massives vise à la castration physiologique. A la dose de 2.500 R, elle apparaît comme un véritable traitement radical homologue de la castration chirurgicale et, si on lui

a fait des reproches, elle reste actuellement un traitement de choix qui ne fait que gagner du terrain dans les indications récentes. A dose moins élevée, elle vise à la « castration temporaire »; à la dose de 1.500 R, elle paraît une tentative heureuse pour stabiliser l'évolution de l'endométriome sans pour cela avoir recours à une castration définitive. Mais le dosage est extrêmement difficile et l'on court le risque soit de faire trop et d'obtenir la castration définitive soit de faire trop peu et de ne pas enrayer l'évolution de l'endométriome.

D. Les traitements associés.

Nous avons vu au cours de l'étude des différents moyens qui nous sont proposés que ces traitements pouvaient utilement se compléter les uns les autres.

Etudions rapidement ces différentes associations :

1° Traitement médical associé au traitement chirurgical.

Moulonguet considère, à bon droit, le traitement hormonal, par le propionate de testotérone comme un traitement d'épreuve qui peut avoir une grande utilité dans le diagnostic des cas douteux.

De plus, nous avons vu que Miller en préconise l'utilisation dans la période pré-opératoire;

2° Traitement chirurgical associé au traitement radiothérapique.

Il est permis d'affirmer que cette association est nécessaire, tous les auteurs étant d'accord, qu'ils

soient partisans du traitement chirurgical local ou radical. Quelle que soit la localisation tumorale, il faut aller voir et la laparotomie exploratrice s'impose dans toutes les formes non localisées à la paroi. Elle se complètera :

a) Par l'examen attentif des lésions macroscopiques qu'il faudra savoir rapporter à leur origine exacte;

b) Par l'examen histologique qui, si possible, devra être un examen extemporané.

Ce n'est qu'alors, après avoir affirmé le diagnostic par l'examen macroscopique et histologique, qu'on passera au traitement radiothérapique.

CHAPITRE III

Les indications

On s'accorde généralement à garder au traitement médical des indications très étroites vu son caractère continuel et onéreux.

Le traitement chirurgical radical par castration recule devant la castration radiologique.

Il reste donc deux méthodes en présence entre lesquelles nous aurons à choisir : le traitement chirurgical conservateur et le traitement radiothérapique radical. Quelles sont les limites de leurs indications ?

Rappelons, au préalable, qu'il convient, comme nous venons de le dire, de les associer largement, le traitement radiothérapique devant être précédé de laparatomie exploratrice qui confirmera le diagnostic.

Alors qu'on accordait au traitement radiothérapique des limites très étroites : récidives, contrindications d'ordre général ou local, voisinage de la ménopause, c'est actuellement à lui qu'on s'adresse le plus volontiers refoulant à son tour le traitement chirurgical conservateur dans des limites étroites. Il ne saurait en effet s'agir de véritable traitement conservateur s'il supprime la fonction génitale

comme dans l'hystérectomie ou s'il consiste en une intervention large, étendue, mutilante et susceptible de compromettre la vie. L'opération conservatrice sera donc réservée aux cas de lésion bien limitée reconnue telle après une exploration minutieuse du petit bassin chez une malade jeune désirant avoir des enfants ou conserver sa fonction menstruelle, prévenue de la possibilité des récidives et des possibilités de leur traitement. Le traitement radiothérapique, par contre, s'adressera à tous les autres cas.

Il faut cependant connaître, malgré ses aléas, les possibilités nouvelles apportées dans le traitement des endométriomes par la technique de la radiothérapie à doses relativement faibles de MOULONGUET qui aurait l'avantage de stabiliser l'endométriome sans pour cela supprimer définitivement le cycle génital.

Observations

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur VIRENQUE.)

Endométriome de la cloison recto-vaginale.

M^me^ L..., 35 ans. Antécédents: réglée à 11 ans. Mère décédée à 44 ans d'embolie cardiaque. Pas d'enfants, ni de fausse couche. Mariée depuis 9 ans. Pas de pertes blanches ou rouges.

Examinée le 31 mai 1946. Règles normales en qualité et quantité durant 4 jours. Douleurs pendant les règles (4 jours et 6 jours après) avec selles douloureuses et douleur du coccyx très prononcées. Pas de constipation. Douleurs depuis janvier 1944. Règles normales dans le temps, quelquefois 1 ou 2 jours en avance. Ces renseignements donnés par la malade à M. le Professeur SÉNÈQUE à qui M. le Professeur VIRENQUE l'avait envoyée. M. le Professeur VIRENQUE, en février 1944, avait diagnostiqué un endométriome, diagnostic basé sur les signes précédemment décrits et les signes physiques : empatement de la cloison recto-vaginale et rétroversion utérine.

Compte rendu opératoire : Endométriome de la cloison recto-vaginale à prédominance gauche. Laparotomie exploratrice. Utérus et annexes normaux. Adhérences face postérieure utérus au rectum assez hémorragiques. On en prélève un morceau pour examen pathologique.

Histologie : il s'agit de vastes placards de chorion cytogène avec ça et là des inclusions endométriales.

Endométriose avec chorion cytogène particulièrement développé.

Traitée par R. X.

Revue plusieurs mois après. Diminution considérable de la masse. Disparition des signes fonctionnels.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur VIRENQUE.)

Endométriome du ligament rond.

M^me^ M..., 32 ans. Mariée, 1 enfant de 2 ans, fistule anale après déchirure.

Depuis plusieurs mois, dans région inguinale droite : tumeur irréductible, de consistance ferme, de la grosseur d'une olive et de forme allongée, non douloureuse, dans le canal inguinal.

Au moment des règles, de durée normale (4 jours) la tumeur grossit et devient douloureuse.

Laparotomie exploratrice : tumeur mal limitée

adhérente aux tissus voisins. Section du ligament rond très au-dessus de la tumeur, dans le ventre et section basse dans la grande lèvre.

L'Histologie confirme l'endométriose.

Après cette exérèse locale, guérison.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Professeur GRIMOUD.)

Endométriome sur cicatrice de Césarienne.

Mme X... ayant subi déjà 2 césariennes. Environ 6 mois après dernière intervention, apparaît au niveau de la cicatrice ombilicale, à 6 cm. environ au-dessous de l'ombilic, une tumeur se présentant comme une déhiscence de cicatrice.

Au moment des règles, tumeur grossit, devient douloureuse et se colore en bleu.

Hospitalisée au Centre Anti-Cancéreux de Toulouse.

Diagnostic porté : endométriome. Confirmé par biopsie (Dr BASSAL).

Exérèse locale difficile. Extension en profondeur difficile à préciser. Adhérences.

Traitée par R. X. après exérèse pour éviter les récidives.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Professeur GRIMOUD.)

Endométriome du ligament rond.

Mme X..., 38 ans. Mariée, pas d'enfants.

Normalement réglée depuis l'âge de 14 ans. Règles normales R. A. S.

A 35 ans, apparition d'une tumeur inguinale droite prise pour une hernie. La tumeur devient douloureuse. Les douleurs s'accroissent et la tumeur grossit au moment des règles. Irradiations de la douleur vers grandes lèvres et face interne de la cuisse.

Hospitalisée au Centre Anti-Cancéreux.

Devant la périodicité des signes, le diagnotic d'endométriome est porté.

Laparotomie. Exérèse d'une masse grosse comme un œuf de pigeon. Exérèse difficile. Adhérences aux parois du canal inguinal et au pubis.

Examen histologique (Dr BASSAL) : endométriome du ligament rond.

Guérison locale. — R. X. pour éviter récidives.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. le Professeur GRIMOUD.)

Endométriome du cul de sac vaginal postérieur.

Mme L..., 25 ans. Hospitalisée le 7 mai 1945. Endométriome diagnostiqué en 1939 à la suite d'un prélèvement. Traitée depuis par R. X. à Limoges.

Règlée depuis l'âge de 10 ans 1/2. Règles abondantes, douloureuses au début, de durée normale.

En 1938, règles douloureuses, vers le 4e jour et très abondantes. Vomissements. Biopsie : endométriome. 18 séances de radiothérapie. Les malaises diminuent. Les règles disparaissent jusqu'en 1942 puis réapparaissent peu abondantes, irrégulières (3 fois par an).

En 1944, mêmes caractères des règles.

Règles en décembre 1944, janvier et mars 1945, très abondantes et très douloureuses vers la fin. Entre les règles, petites métrorragies.

Le 25 avril, pertes continues rouges pas très abondantes, pas très douloureuses. Douleurs dans petit bassin, surtout à droite. Constipation, pas de troubles urinaires. Asthenie. Amaigrissement : 4 kgs en 1 an.

Examen (8 mai 1945) :

T. V. : col de moyen volume, conique, orifice punctiforme. Cul de sac postérieur obstrué par noyau irrégulier, fixé avec irrégularité semblant traduire ulcération.

T. R. : paramètre infiltré jusqu'au bassin avec participation du ligament utéro-sacré. Masse mollasse, du volume d'une mandarine à gauche. Rétroversion utérine.

Histologie (18 mars 1939). Endométriome interessant les culs de sac vaginaux, peut-être prolongé dans cloison recto-vaginale et face postérieure du col.

Traitée par R. X. le 23 mai 1945, 11 séances.

Conclusions

Après laparotomie exploratrice et examen histologique, le traitement conservateur sera le traitement de choix chez une femme jeune, voulant avoir des enfants ou conserver sa fonction menstruelle, à condition que la tumeur se révèle extirpable, que son exérèse ne soit pas trop mutilante et trop dangereuse et que la malade soit avertie de la possibilité de récidives.

Dans tous les autres cas, toujours après confirmation histologique du diagnostic posé par la clinique, le traitement sera radiothérapique par castration ovarienne le plus souvent totale.

Le Président de la thèse :
BOULARAN.

Vu : Le Doyen :
J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 12 février 1947.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
P. DOTTIN.

Bibliographie

P. Brocq et J. Varangot. — Les endométriomes. Anatomie pathologique. Clinique. Pathogénie. (XLVIII[e] Congrès Français de Chirurgie, in : *La France Médicale*, 9[e] A., n° 1, janvier 1946).

P. Brocq et J. Varangot. — Radiothérapie. Les endométriomes. (La Radiologie au XLVIII[e] Congrès de l'Association Française de Chirurgie, Paris, 8-11 octobre 1945, in : *Journal de Radiologieet d'Electrologie*, t. 26, n° 11-12, 1944-1945.)

J. Brocq et R. Palmer. — Les endométriomes de l'ovaire (*J. de Méd. et Chir.* Prat., 108-464-468, 10 septembre 1937).

G. Cotte et J. Mathieu. — A propos d'une nouvelle série de 106 cas d'endométriose. (Communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, le 21 mai 1942.)

G. Cotte, J.-F. Martin, Pollosson et Ch. Mileff. — Endométriose, endosalpingiose et adénomyomatose de la trompe (Communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, le 30 avril 1942).

C. Daniel, D. Gérotra. — Considérations sur l'endométriome ovarien, (Gynécologie 36-257-272, mai 1937).

E. Delannoy. — Les endométriomes. Diagnostic opératoire et traitement (XLVIII[e] Congrès Français de Chirurgie, in: *La France Médicale*, 9[e] An., n° 1, janvier 1946).

K. de Snoo. — Endométriome. Etiologie et Pathogénie, (*J. de Ch.*, t. 58, n° 4, mars-mai 1942).

P. Gasquet. — Les endométriomes. Schéma clinique et thérapeutique, (*Journal Méditerranée-Médical*, 15 décembre 1945, n° 144).

A. Guillemin, E. Wallon. — Endométriome du Douglas traité par curiéthérapie, (Journées de Gynécol. de Paris, 26-27 juin 1943, in : *Rev. Franç. de Gynéc. et Obst.* XXXIII An., n° 7-8-9, juillet-septembre 1943).

Hirst. — Résultats favorables du traitement de l'endométrose étendue par le propionate de testostérone, (*American Journal of Osbtetrics and Gynécology*, juillet 1943).

Kaufman et Wilensky. — Tumeurs endométriales dans les cicatrices de laparotomie pour opération césarienne. (Surgery Saint-Louis, vol. 4, n° 5, novembre 1938.)

P. Moulonguet. — Traitement des endométriomes par l'hormone mâle, (*Annales d'endocrinologie*, T. S., n° 3, 1944).

P. MOULONGUET. — Essai de traitement hormonal des endométriomes, (Gynécologie et Obstétrique, t. 41, n^{os} 5-6, 1941).

PHILIPP et HUBER. — A propos de l'endométriose (*J. de Ch.*, t. 58, n° 5, juin-août 1942).

M. ROUX et DOUBROW. — Aspects cliniques de l'endométriose pelvienne à localisation génitale (Travail de la clinique thérapeutique chirurgicale de l'Hôpital de Vaugirard (P^{r} J. SÉNÈQUE) (in: *Revue de Chirurgie*, janvier-février-mars et avril 1946).

P. VIC. — Contribution à l'étude des endométriomes (*Thèse Montpellier*, 1938-1939).

R. WITZ. — Contribution à l'étude des endométriomes (*Thèse, Strasbourg*, 1938-1939).

Imp. Toulousaine (R. Lion), 2, rue Romiguières

Dép. lég. 1er tr. 47 Aa 36.